

---

---

## GINECOLOGÍA

---

---

Instituto Superior de Medicina Militar  
"Dr. Luis Díaz Soto"

### ***EMBARAZO ECTÓPICO. SU COMPORTAMIENTO EN LOS AÑOS 1989-1999***

*Dra. Marta Lucía Cutié Bressler,<sup>1</sup> Dra. Cap. SM. Mariela Figueroa Mendoza,<sup>2</sup> Tte. Cor. Dr. Constantino Lestayo Dorta<sup>3</sup> y Tte. Cor. Dr. Osmandy Cubero Menéndez<sup>4</sup>*

**RESUMEN :** Se realizó una investigación descriptiva longitudinal y retrospectiva de 343 casos con diagnóstico de embarazo ectópico en el Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto", en el período comprendido entre los años 1989-1999. La incidencia del embarazo ectópico fue de 21 x 100 y la mortalidad de 0,6 x 10 000 nacidos vivos. La edad predominó entre los 25 y 29 años, y fueron el aborto y la enfermedad inflamatoria pélvica, los antecedentes más frecuentes; se utilizó la salpingectomía como tratamiento más empleado, precedido por un diagnóstico precoz. Se encontró una tendencia secular ascendente de esta entidad en los últimos 3 años.

**DeCS:** EMBARAZO ECTOPICO/cirugía; EMBARAZO ECTOPICO/diagnóstico; CAUSALIDAD; INCIDENCIA; FACTORES DE RIESGO; TROMPAS DE FALOPIO/cirugía; MEDICINA MILITAR.

Pretender realizar un trabajo sobre embarazo ectópico, puede parecer de entrada una insistencia innecesaria en asuntos altamente conocidos, sin embargo, el incremento de su incidencia afirma lo contrario.<sup>1</sup>

El embarazo ectópico es una afección muy frecuente en Ginecología y constituye, a pesar de la preocupación con que se atiende y de los recursos dedicados para su diagnóstico, causa de muerte, inclusive en los países desarrollados.

En nuestro país, ocupa el 5-12 % dentro de las causas de muertes maternas ocurridas.<sup>2</sup> Así vemos que, en 1996 se produjeron 6 muertes maternas por este motivo, con una incidencia de 1 por cada 200 embarazos con esta localización. En 1997 se elevó la cifra a 7 muertes; 1998 y 1999 transcurrieron sin fallecimientos, pero es altamente significativo que en los primeros meses del año 2000, ya hubiesen ocurrido 3 muertes maternas por embarazo ectópico.<sup>3,4</sup>

---

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Asistente.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructora.

<sup>3</sup> Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Titular.

<sup>4</sup> Especialista de II Grado en Bioestadística.

Como vemos, existe actualmente una elevada y progresiva incidencia del embarazo ectópico en relación con los nacidos vivos,<sup>2,3,5</sup> por lo cual decidimos realizar un estudio retrospectivo, para analizar el comportamiento de la afección en este hospital y de las siguientes variables: edad, paridad, antecedentes patológicos o factores predisponentes, diagnóstico (precoz o tardío) y tratamiento realizado.

### Métodos

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal y retrospectivo de los casos atendidos por embarazo ectópico en el Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto", en el período comprendido entre los años 1989-1999, para lo cual se confeccionó una planilla-encuesta donde se recogían los datos primarios de las historias clínicas de las pacientes con este diagnóstico y que nos fueron suministradas por el Departamento de Registros Médicos (Sección estadística y Archivo clínico) de dicho instituto, con las variables: edad, paridad, antecedentes patológicos o factores predisponentes, diagnóstico (precoz o tardío) y tratamiento realizado.

Una vez recogidos los datos se procesaron de forma automatizada y se obtuvieron los valores absolutos y relativos (razones, porcentajes y tasas), necesarios; además, medidas de tendencia central, de dispersión y de análisis cronológico (tendencia secular y canales endémicos). Se aplicaron pruebas de significación estadística (prueba de Chi cuadrado, prueba Q de porcentaje, prueba exacta de Fisher y comparación de promedios, así como tablas de contingencia 2x2 con una confiabilidad del 95 % (p 0,05).

Finalmente se construyeron tablas y gráficos estadísticos que facilitaron el análisis de los resultados alcanzados.

### Resultados

La tasa de incidencia del embarazo ectópico fue de 2,1 x 100. En la figura se mostró el comportamiento por años y su aumento en los 3 últimos. La edad predominó entre los 25 y 29 con 128 casos, para el 37,3 % (tabla 1).

TABLA 1. Edad de las pacientes con embarazo ectópico

Edad (años)	No.	%
<20	15	4,4
20-24	96	27,9
25-29	128*	37,3
30-34	81	23,6
>35	23	6,8
Total	343	100.0

p 0,05.

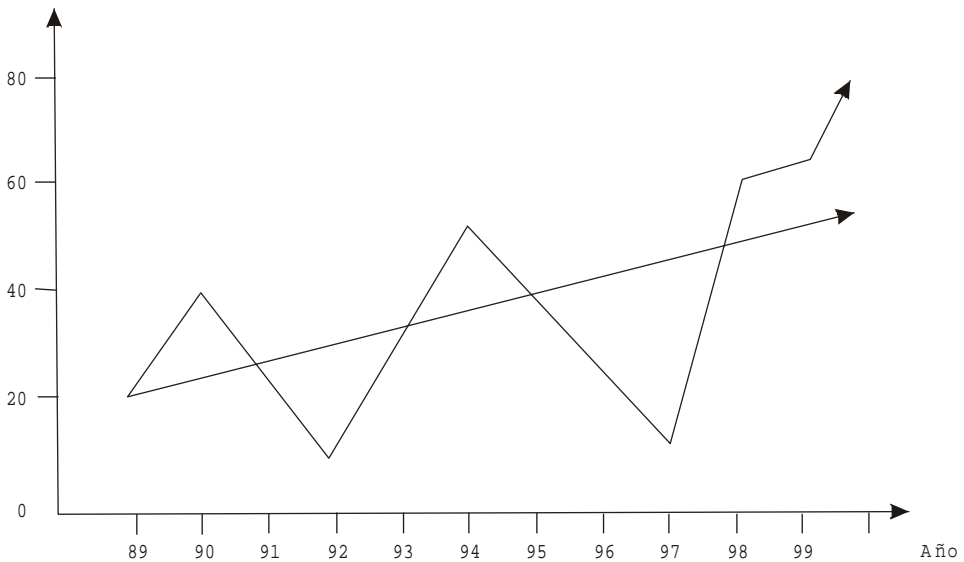
Nota: La edad promedio es de 27,3 años (S:5,3)

En relación con la paridad, las nulíparas y las primíparas obtuvieron significativos porcentajes (53,4 y 85 %, respectivamente) (tabla 2).

TABLA 2. Paridad de las pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico

Paridad	Casos	
	No.	%
Ninguno	183	53,5
Primero	136	85,0
Segundo	21	13,1
Tercero o más	3	1,9

N o.  
de casos



Fuente: Tabla 6

FIG. Tendencia secular de los embarazos ectópicos diagnosticados.

La tabla 3 muestra los antecedentes patológicos de las pacientes con embarazo ectópico y se observa que el aborto en el 62,7 % es la causa fundamental y el aborto provocado el 86,5 % de ellos, seguido por la enfermedad inflamatoria pélvica aguda (EIPA) 46%.

El diagnóstico fue realizado precozmente en el 68,4 % de las pacientes (tabla 4). La cirugía convencional fue el tratamiento que se realizó en el 92,2 % de ellas, como se observa en la tabla 5, y dentro de ésta la salpingectomía total en el 96,2 %. La tasa de mortalidad fue de  $0,6 \times 10\ 000$  y la letalidad de  $0,3 \times 100$ .

En la tabla 6 se observa que en los últimos 3 años el promedio de embarazos ectópicos fue de 62,3, mayor que el promedio de 20,1 por años anteriores.

Existe un incremento de la tasa de incidencia de 1,2 en 1989 a 1,4 en 1984 y 4,9 en

TABLA 3. Antecedentes patológicos personales en las pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico.

Antecedentes patológicos personales	Casos	
	No.	%
Abortos	215	69,7
Inflamación pélvica aguda	158	46,1
Intervención quirúrgica abdominal	25	7,3
Infertilidad	15	4,4
Embarazo ectópico	9	2,6
Microcirugía tubárica	7	2,0
Cirugía mínimo acceso	3	0,9
Endometriosis	2	0,6
Enfermedad de transmisión sexual	2	0,6
Ninguno	33	9,6

Nota: De los abortos, el 86,5 % fue provocado (p 0,05) y sólo el 13,5 % fue espontáneo.

**TABLA 4. Diagnóstico en las pacientes con embarazo ectópico**

Diagnóstico	No.	%
Precoz	234	68,4
Tardío	109	31,6
Total	343	100,0

**TABLA 5. Tratamiento empleado en las pacientes con embarazo ectópico**

Tratamiento	No.	%
Cirugía convencional	340	99,3
• Salpingectomía	330	96,2
• Microcirugía	5	1,5
• Histerectomía	5	1,5
Cirugía de mínimo acceso	3	0,8
Total	343	100,0

p < 0,05.

Nota: La tasa de mortalidad materna fue de 0,6 p/10 000.

La tasa de letalidad fue de 0,3 %

Hubo 1 muerte materna (ectópico abdominal).

1999 y una disminución de la relación embarazo eutópico: embarazo ectópico de 82:1 en 1989, a 70:1 en 1994 y 19:1 en 1999, o sea, 4 veces más frecuentes.

Se observa además una tendencia secular ascendente (figura) y unos canales endémicos, donde está presente la mayor cantidad de casos en los meses de febrero a junio, y en particular, en abril y mayo.

## Discusión

El embarazo ectópico constituyó el 2,1 x 100, de frecuencia de aparición en nuestra casuística, lo cual concuerda con la literatura mundial donde se reporta que el 2 % de todos los embarazos son ectópicos<sup>2,5,6</sup> y se comprueba que en los últimos 3 años existe aumento de su frecuencia en la serie crono-lógica analizada (figura).

Esta entidad aparece en los años de mayor actividad sexual y reproductiva de la

**TABLA 6. Tasa de incidencia y edad promedio en los años estudiados en las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico**

Año	Nacidos vivos	Embarazos ectópicos/años	Edad promedio en pacientes con emb.ectópico (años)	Tasas incidencia.emb ectópico (%)	Relación emb. eutópico: emb. ectópico
1989	1 494	18	30,3	1,2	82:1
1990	1 511	28	30,3	1,8	53:1
1991	1 518	14	26,4	0,9	107:1
1992	8 97	21	30,0	2,3	42:1
1993	1 637	28	28,9	1,7	58:1
1994	1 846	26	27,1	1,4	70:1
1995	1 747	16	24,6	0,9	108:1
1996	1 469	10	23,9	0,7	146:1
1997	1 369	53	27,6	3,9	25:1
1998	1 305	59	27,3	4,5	21:1
1999	1 520	75	27,0	4,9	19:1
Total	16 313	343	27,3	2,1	47:1

Nota: En los últimos 3 años, el promedio de embarazos ectópicos fue de 62,3 por año, mayor que el promedio de 20,1 por año anterior (p 0,05).

mujer, pero llama la atención que hay una relación inversa en cuanto a la paridad, ya que su incremento ocurre con la primiparidad y tiene su mayor exponente en la nuliparidad, lo que puede estar relacionado con que a mayor paridad, existen menos posibilidades o afecciones asociadas que condicionan o explican la aparición de embarazos ectópicos, y muchas de estas pacientes de baja o nula paridad, pudieran presentar factores asociados a la infertilidad, con alteraciones funcionales y anatómicas de las trompas, que condicionan esta presentación y la favorecen.<sup>5-8</sup>

El incremento cada vez mayor de las intervenciones ginecológicas, las enfermedades de transmisión sexual, el aborto provocado, así como los procesos inflamatorios pélvicos, ocasionados fundamentalmente por gérmenes como *Chlamydia trachomatis* o *Neisseria gonorrhoeae*, que por lo general cursan de forma asintomática y con dificultades para su diagnóstico desde el punto de vista bacteriológico en nuestro medio, conjuntamente con tratamientos inadecuados basados en la clínica, propician la posibilidad de ulteriores secuelas, pues alteran la anatomía y fisiología del *hiatus* tubo-ovárico.<sup>2,5-10</sup> Estudios en Suecia y Estados Unidos encontraron evidencias serológicas de anticuerpos positivos de *Chlamydia*s en más del 50 % del total de mujeres con embarazos ectópicos.<sup>5</sup>

La infertilidad como antecedente aparece en el 4,4 % de nuestros casos, lo cual se asocia al incremento de riesgo de embarazos ectópicos por instrumentaciones, histerosalpingografía, uso de proovulatorios (por trastornos en el transporte del óvulo), procedimientos quirúrgicos sobre las trompas, etcétera.

Se plantea que del 3 al 10 % de los casos con cirugía reconstructiva de trompas tienen riesgo de embarazo ectópico, en dependencia del daño tubario.<sup>10-12.</sup>

En nuestros casos, el 7,3 % tuvo el antecedente de intervenciones quirúrgicas abdominales anteriores que afectaron los genitales internos y el peritoneo circundante las cuales condicionan un factor tuboperitoneal.<sup>12</sup>

Es importante el antecedente de embarazo ectópico anterior, que en nuestra serie le siguió en frecuencia.

Se plantea que el riesgo de repetir un ectópico está entre el 13 y el 28 %. Después de un segundo ectópico existe el 30 % de posibilidades de un tercero.<sup>5</sup>

La repercusión en la morbilidad y la mortalidad de esta afección está relacionada directamente con la posibilidad de su diagnóstico precoz, el cual fue realizado en el 68,4 % de nuestros casos, favorecidos por el hecho de contar en nuestro medio con un servicio de laparoscopia de urgencia, que disminuye el tratamiento del ectópico complicado, por la mayor educación de la población, que concurre con rapidez al médico y por la calidad cada vez mayor de la atención médica primaria y ginecológica.<sup>2</sup>

Como muestra la tabla 5, el 99,2 % de las pacientes recibió tratamiento quirúrgico de tipo convencional, y fue la salpingectomía total la de elección en el 96,2 %.

La introducción actual de la cirugía de mínimo acceso ha influido positivamente en el diagnóstico precoz, así como en conductas quirúrgicas conservadoras, debemos recordar que esta entidad ocurre con frecuencia en mujeres que aún no han parido y en muchos casos, en pacientes infértiles de varios años y por supuesto contribuye a disminuir la morbilidad en esta enfermedad.<sup>2</sup>

A pesar de señalarse otros procedimientos terapéuticos como es el tratamiento médico con metotrexate, no tuvimos ningún caso reportado en nuestro estudio.<sup>2,13</sup>

Nuestras cifras muestran resultados muy satisfactorios con solo 1 muerte ma-

terna. Se trataba de una paciente con un embarazo abdominal que llegó a nuestro centro procedente de un área rural, en *shock* irreversible, sin diagnóstico. Esto nos da una tasa de mortalidad de 0,6 x 10 000 nacidos vivos y una tasa de letalidad de 0,3 % (tabla 5), lo que contrasta con reportes mundiales que ofrecen cifras del rango del 5-12 % de las causas de muerte.<sup>2</sup>

En Estados Unidos, el 15 % de todas las muertes maternas anuales son por embarazos ectópicos.<sup>5</sup>

Podemos concluir que la incidencia del embarazo ectópico fue de 2,1 x 100 y la mor-

talidad sólo de 0,6 x 10 000 nacidos (cifra exitosamente baja); la edad predominante osciló entre los 25 y 29 años, preferiblemente en primíparas; el aborto fue el antecedente más frecuentemente encontrado, seguido de la enfermedad inflamatoria pélvica; el diagnóstico se realizó precozmente, lo cual influyó en los resultados, con una disminución de la morbilidad y la mortalidad; salpingectomía total fue el tratamiento de elección más realizado y se observó existe una tendencia secular ascendente de embarazos ectópicos, así como una disminución de la edad promedio de las pacientes.

**SUMMARY :** A retrospective longitudinal and descriptive study of 343 cases diagnosed with ectopic pregnancy was made in "Dr Luis Díaz Soto" Higher Institute of Military Medicine from 1989 to 1999. The incidence of ectopic pregnancy was 21%, and mortality rate was 0.6 per 10 000 live births. The predominant ages in pregnant women ranged 25 to 29 years. Abortion and pelvic inflammatory disease were the most frequent history. Salpingectomy was the most used treatment preceded by early diagnosis. There has been an upward secular trend in this entity in the last three years.

Subject headings: PREGNANCY, ECTOPIC/surgery; PREGNANCY, ECTOPIC/diagnosis; CAUSALITY; INCIDENCE; RISK FACTORS; FALLOPIAN TUBES/surgery; MILITARY MEDICINE.

### **Referencias bibliográficas**

1. Rodríguez Lapuente M, Valdés Vivó P, Saavedra Vega J. Embarazo ectópico. Revisión casuística del hospital Ramón González Coro. Rev Cubana Obstet Ginecol 1976;2: 351-7.
2. Rodríguez Hidalgo N. Embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol 1995;2 (1-2):3-7.
3. Osa JA de la. El gran simulador anda suelto. Trabajadores 12 junio 2000.
4. Registro Estadístico de la Dirección Nacional de Salud. MINSAP. La Habana, 2000.
5. Penzias AS, De Cherney AH. Ectopic pregnancy. En: Wallach E, Zacur HA. Reproductive medicine and surgery. 1er ed. Philadelphia: Mosby Year Book, 1995:923-38.
6. Kenneeth JP, et al. The Fallopian tubes and ectopic pregnancy. En: Kistner's Gynecology. Principles and practice. 6 ed. 1996: 166-84.
7. Corson SL, Batzer FR. Ectopic pregnancy, a review of the etiologic factors. J Reprod Med 1986;31:78-85.
8. Marcchbanks PA, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a population based study. JAMA 1988;259:1823.
9. Daling JR, Chow WH, Weiss NS, Metch BJ, Soderstrom R. Ectopic pregnancy in relation to previous induced abortion. JAMA 1985; 253:1005-8.
10. Selezniova ND. Asistencia médica de urgencia en Ginecología. 2da. ed. Moscú: Editorial MIR, 1990.

11. Rodríguez Hidalgo N. Cirugía ginecológica y obstétrica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1993;t1.
12. Almaguer JA, Cutié ML. Nuestra experiencia en el tratamiento por microcirugía del factor tubo peritoneal en la infertilidad femenina. Rev Cubana Obstet Ginecol 1996;22(2):78-82.
13. Ury SJ, Villanueva AL, et al. Conservative treatment of ectopic pregnancy with

metrotexate. Am J Obstet Gynecol 1986; 154:1299.

Recibido: 11 de noviembre del 2000. Aprobado: 12 de marzo del 2001.

Dra. *Marta Lucía Cutié Bressler*. Edificio 92 A. Apto 3 Zona 4 Alamar. Habana del Este, Ciudad de La Habana, Cuba.